ÜBER

HYSTERISCHE AMAUROSE.

INAUGURAL-DISSERTATION,

WELCHE

ZUR ERLANGUNG DER DOCTORWÜRDE

IN DER

MEDICIN UND CHIRURGIE

MIT ZUSTIMMUNG

DER MEDICINISCHEN FACULTÄT

DER

FRIEDRICH-WILHELMS-UNIVERSITÄT ZU BERLIN

AM 21. MÄRZ 1890

NEBST DEN ANGEFÜGTEN THESEN

ÖFFENTLICH VERTEIDIGEN WIRD

DER VERFASSER

JOSEPH LEWY

PRAKT. ARZT AUS NAKEL.

OPPONENTEN:

Adolf Buschke, cand. med.
Theodor Rosenberg, cand. med.
Isidor Silberstein, cand. med.

BERLIN.

DRUCK VON CARL HERMANN MÜLLER, MÜNZ-STRASSE 3.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41535701_0153

Meinen geliebten Eltern

in Dankbarkeit

gewidmet.

Die Hysterie ist in allen Ländern der civilisierten Welt verbreitet. Sie hat eine grofse völker- und sittengeschichtliche Bedeutung. Ihre Ursachen sind solche, dafs man sie fast soziale nennen könnte, da sie mit den einmal vorhandenen Mifsverhältnissen in Staat und Gesellschaft eng verknüpft sind. Wie überall spielt der Kampf ums Dasein hierbei die Hauptrolle. Doch nie bewirkte die plötzliche oder längere Zeit anhaltende Einwirkung psychischer Momente oder besser von Gemütsaffekten bei den einzelnen Individuen den Ausbruch von Hysterie, wenn nicht schon von früher bei diesen Menschen die Disposition dazu vorhanden wäre.

Bald ist es die hereditäre neuropathische Belastung, was zur Hysterie disponiert, bald aber sind es erst die Momente, welche auf den Kulturmenschen im Laufe des Daseins einwirken, was die Disposition dazu bedingt.

Viele glauben, die Hemmung der Körperentwicklung während der Schulzeit für ein ursächliches Moment erklären zu müssen. Man führt zum Beweise dafür an, dafs die überwiegende Mehrzahl der Hysteriekranken dem weiblichen Geschlecht angehört, und hält das für analog dem

zahlreicheren Auftreten der sogenannten Schulkrankheiten beim weiblichen gegenüber dem selteneren beim männlichen Geschlecht.

Briquet*) findet unter tausend Fällen von Hysterie blofs fünfzig bei Männern vorgekommene.

Zu den Schulkrankheiten gehört zu allererst die Skoliose der Brustwirbelsäule nach rechts und die kompensatorische der Lendenwirbelsäule nach links, was sich durch die hohe rechte Schulter und die hohe linke Hüfte kennzeichnet. Die Ursache dieser Schulskoliose ist die unhygienische Schulbank mit Plusdistanz.

Und weiterhin kommt hier noch der Umstand in betracht, dafs das weibliche Geschlecht wegen der Zwangsmittel, welche bei demselben angewendet werden, um die schlechte Haltung zu verbessern, die Haltung nur noch schlaffer wird. Denn das Schnürkorsett mit Stahlstangeneinlagen entwöhnt das Mädchen, ihre musculi erectores trunci zu gebrauchen zum Geradehalten des Rumpfes. Dies steigert die Skoliose.

Das Schnürkorsett und die fehlerhafte Sitzstellung beim Schreiben, wobei die Schülerin ihr Sternum dicht an die Kante der Bankplatte drückt, worauf das Schreibheft liegt; diese beiden Momente gestatten der Schülerin nur flache Atmung. Würde die Schülerin nach den Schulstunden viel freie Zeit zu körperlicher Bewegung haben, so könnte sie diesen Mangel kompensieren durch die tiefe Respiration, welche ein Mensch beim raschen Gehen, Bergsteigen, Laufen u. s. w. machen mufs. In der Folge bildet sich der

*) Briquet, traité clinique et thérapeutique de l'hysterie 1859.

Thorax weniger aus. Die Vitalkapazität der Lungen bleibt daher mit zunehmendem Alter gegenüber der beim männlichen gleichaltrigen Schulkind zurück. Denn der Schulknabe wird an der freien Respiration durch ein Schnürkorsett nicht gehemmt und hat weiterhin genügend Zeit zur körperlichen Bewegung nach den Schulstunden. Das Schulmädchen hat diese Zeit nicht, da sie die freie Zeit nach den Schulstunden verwendet zum Erlernen der Technik der feinen weiblichen Handarbeiten; und die freie Zeit wird dem Schulmädchen überdies noch durch die Klavierübungsstunden geschmälert.

Die Folge der mit dem zunehmenden Lebensalter sich nicht proportional ausbildenden Respirationsgröfse ist die, dafs der Blutmasse, welche mit zunehmendem Körpergewicht gleichmäfsig zunimmt, nicht die gehörige Menge Sauerstoff zugeführt wird. Deshalb entwickeln sich die roten Blutkörperchen weniger; es kommt zur Chlorose.

Die Chlorose ist beim weiblichen Geschlecht im allgemeinen viel häufiger als beim männlichen. Wie Virchow nachgewiesen hat, spielt hierbei auch der Umstand eine Rolle, dafs beim weiblichen Geschlecht das ganze Blutgefäfssystem häufig auf einem früheren Stadium der Ausbildung (in bezug auf das Lebensalter) stehen bleibt. Er fand dabei häufig das im Verhältnis zur Körpergröfse der Frau zu kleine cor und eine enge Aorta.

Wie bekannt, ist bei Chlorotischen der Appetit vermindert. Dieses führt zu einer zu kleinen Nahrungsaufnahme. Infolgedessen können sich die Körperorgane und vorzüglich die Muskulatur und das Nervensystem nicht so ausgiebig ernähren, wie es für die Anforderungen nötig ist,

welche während der Schuljahre an diese gestellt zu werden pflegen. Dieses Defizit an Kraft steigert sich mit der Zeit und mit den wachsenden Anforderungen.

Das Gehirn ist daher bei solchen Menschen, die früher längere Zeit chlorotisch waren, ein locus minoris resistentiae, welcher den psychischen Träumen, welche das Gehirn im Laufe des Daseins treffen, auf die Dauer nicht stand hält.

Gegenüber dieser Anschauung steht diejenige Rombergs, welcher die Hysterie als durch Krankheiten der Geschlechtsorgane bedingt annahm. Er erklärte deshalb die Hysterie für eine Reflexneurose, bei welcher von den Genitalien aus die Reflexaction des Nervensystems ausgelöst werde.

Hasse (Breslau) pflegt in seinen Vorlesungen über die topographische Anatomie auf ein anatomisches Moment hinzuweisen, welches für die Entstehung der Hysterie bei den Frauen nach ihm von grofser Bedeutung ist. „Beim Manne," sagt er, „befindet sich die geschlechtsempfindliche glans penis vor den Oberschenkeln hängend, so dafs sie leicht mechanischen Reibungen zwischen den dicht aneinander befindlichen Oberschenkeln ausweichen kann. Bei der Frau befindet sich aber die Clitoris nur sehr wenig vor den Oberschenkeln, wenn die Frau steht; zwischen denselben, wenn sie sitzt. Bewegt daher die Frau in Sitzstellung ihre Oberschenkel wie etwa beim Nähmaschinetreten, so wird dadurch die Clitoris mechanisch gereizt, da sie zwischen den Oberschenkeln gerieben wird. Darum, sagt er, sieht man auch so häufig bei Nähmädchen die nervöse Reizbarkeit, die Hysterie."

Henoch*) erzählt in seinem Lehrbuch der Kinderkrankheiten 1883, S. 207 aus dem reichen Schatz seiner Beobachtungen davon, dafs er die erstaunliche Bemerkung gemacht habe, wie schon selbst 2jährige Kinder durch rhytmisches Wiegen des Oberkörpers in sitzender Stellung onanierten. Auch bei einem 8jährigen Mädchen hat er eine ähnliche Beobachtung gemacht.

Gleiche Beobachtungen hat Jakobi**) beschrieben. Henoch hält den ätiologischen Zusammenhang zwischen Masturbation und Hysterie nicht für absolut gewifs, wohl aber für möglich. Viele glauben, dafs die Masturbation in den Schulen Verbreitung finde. Die Onanie hat das Üble, dafs die damit behaftete Person nur sehr schwer davon befreit werden kann. Und, so sagt Krafft-Ebing,***) sie wirke darum so schädigend auf das Nervensystem, weil sie eine inadäquate unphysiologische Erregung desselben darstellt. „Aber erst die Reue, Scham, Angst vor den Folgen des Lasters zusammen mit dem peinigenden Bewufstsein, dem Laster aus eigener Kraft nicht entsagen zu können, steigern die Neurasthenie zur Hysterie.“

Baker Brown, ein sonst recht verdienstvoller Gynäkologe, machte seinerzeit bei jeder hysterischen Frau die Amputation der Clitoris.

Friedreich empfiehlt Ätzung der Clitoris zur Heilung bestimmter Fälle von Hysterie.

---

*) Henoch, Kinderkrankheiten 1883.

**) Jakobi, on masturbation and hysteria in young children. Amerikan Journal of obstetrics VIII, 4; IX, 3; 1876.

***) Krafft-Ebing, Psychiatrie 1888, S. 208.

Martin machte seinerzeit die Amputation der portio vaginalis uteri gegen Hysterie.

Dann kommen hier die Fälle in betracht, bei denen wirklich eine Erkrankung von Genitalorganen vorliegt, z. B. eine retroflexio oder ein prolapsus uteri.

Weiterhin rühmten amerikanische Ärzte (Wylie und Peaslee) und ein englischer (Lawson Tait) die ovarienexstirpation selbst bei ganz gesunden Ovarien.

Dieser Rombergschen Hypothese, dafs die Hysterie eine Reflexneurose sei, stehen die Anschauungen entgegen, welche die Hysterie für ein cerebrales Leiden erklären.

Schon Sydenham*) hat in seinen opera medica eine Ataxie der Geister im Gehirn für die Ursache der Hysterie erklärt (vgl. Ziemssens Handbuch).

Pomme**) spricht ein „racornissement des nerfs“ für die Ursache an.

Jolly (in Ziemssens Handbuch) meint, „es walte dabei ein Zustand erhöhter Reizbarkeit im Gehirn ob, welcher zu verschiedenen krankhaften Reflexen Anlafs giebt.“ Die Reflexbahn mufs dabei natürlich im Gehirn selbst liegen. „Jedoch,“ meint Jolly, „dafs ein Teil der hysterischen Hyperästhesien und Reflexkrämpfe von einem Zustand erhöhter Reizbarkeit in den sensiblen Teilen des Rückenmarks abzuleiten ist.“

Was nun die Symptome der Hysterie anbelangt, so findet sich bei ihr eine aufserordentliche Mannigfaltigkeit derselben.

---

*) Sydenham, opera medica. Genf 1736.

**) Pomme, traité des affections vapor. des deux sexes 2 Édition 1765.

Zunächst findet man oft Störungen der motorischen Organe, der Funktionen der Muskulatur und zwar sowohl Lähmungen wie auch Reizerscheinungen, lokale Krämpfe, Kontrakturen, choreatische oder athetotische Bewegungen und anderes.

Störungen der Sekretionen sind bei der Hysterie sehr häufig. Man findet da Anurie sowohl wie Polyurie, welche letztere paroxysmal sich nach Ablauf eines hysterischen Krampfanfalles einstellt. Siallorrhoe oder starke Herabminderung der Speichelsekretion ist bei Hysterie nicht selten zu beobachten, ebenso wie Hyperemesis, Blutschwitzen (Louise Lateau), Blutausflufs an der gesunden mamma aus der mamilla meist einseitig u. s. f.

Von Seiten der Ernährung tritt häufig Abstinenz auf oder eine Appetenz nach aufsergewöhnlichen Dingen (picae).

Ferner findet man von Seiten des Respirat- und Verdauungstraktus Erscheinungen, so z. B. den globus hystericus, den man auf eine krampfhafte antiperistattische Kontraktionswelle am ösophagus zurückbezieht, oder den singultus, durch Zwerchfellkrampf bedingt, Hustenkrämpfe, glottiskrampf sowohl wie glottislähmung, Cardialgie, Meteorismus intestinalis u. a.

Auch alle möglichen Anomalien des Kreislaufs finden sich hierbei. Neben nervösen Herzpalpitationen und Angina pectoris treten hier vasomotorische Symptome in den Vordergrund des Interesses, als da bald Zustände von Anämie bald von Hyperämie vor allem an der Haut, ebenda urticaria, erytheme und anderes zu beobachten ist. Von Interesse sind das hysterische Bluterbrechen und die hysterische Hämoptoë.

Die Symptome aus der sensiblen Sphäre sind aber wohl die häufigsten. Die hysterische Hyperästhesie findet sich an allen Körperstellen. Sie steigert sich zur Hyperalgesie und zum spontanen hysterischen lokalisierten Schmerz als clavus hystericus und Gelenkneuralgien (Brody). Dann äufsert sie sich als Druckempfindlichkeit der ganzen Wirbelsäule oder nur einzelner Punkte derselben: am Sternum, an den mammae; und endlich in der regio hypogastrica, als „ovarie“ von Charkot bezeichnet, finden sich solche druckschmerzhafte Stellen.

Zuweilen findet man solche Hyperästhesien an den Sinnesnerven, als Hyperosmie oder Parosmie beim N. olfactorius, als Hypergeusie von Seiten des Geschmacks, als auffallende Empfindlichkeit gegen Lichteindrücke und Schallempfindungen.

Von ebenso grofser Bedeutung ist die Anästhesie. Sie betrifft meistens die Haut der einen Körperseite, das ist die sogenannte Hemianästhesie Charcots. Sie findet sich häufiger links- als rechtsseitig. Bald stellt sie sich als blofse Abschwächung der Tastempfindung dar (Hypästhesie), bald als vollständige Analgesie oder Thermanästhesie. Auf derselben Körperseite findet man an Sinnesnerven Anästhesie, so z. B. ist die betreffende Zungenhälfte ohne Geschmackempfindung, das betreffende Nasenloch mit anosmie behaftet, auch die Gehörsempfindung ist herabgesetzt und endlich das Auge dieser Seite ist ebenfalls in der Lichtempfindung geschwächt (amblyopisch) oder es wird gar nichts mehr gesehen, d. i. die totale Amaurose, zwischen beiden in der Mitte steht Achromatopsie, dann Sehfeldbe-

schränkung, welche sowohl ein- wie beiderseitig sich findet und zwar letzternfalls als gleichseitige Hemianopsie auftritt.

Als 1872—73 Charcot seine Leçons sur les maladies du système nerveux herausgab, konnte er nur Fälle einseitiger Amaurose anführen. Doppelseitige, sicher konstatierte Fälle von hysterischer Amaurose waren damals ganz unbekannt.

Der erste sicher konstatierte Fall von doppelseitiger hysterischer Amaurose wurde im Jahre 1874 von Mendel*) veröffentlicht.

Ein 26jähriges Fräulein, nicht hereditär veranlagt, war 20 Jahre alt an Chlorose erkrankt. Waren die menses früher regelmäfsig gewesen, so blieben sie ein Jahr lang ganz weg. Sie hatte gastralgische Beschwerden und eine hartnäckige obstipation. Später will sie fieberhaft erkrankt gewesen sein. Sie blieb dann eine Zeit lang ganz wohl, bis sie Ende Januar einen äufserst heftigen Anfall von Kopfschmerz in Stirn und Schläfen zu überstehen hatte. Mitte Februar wiederholte sich ganz plötzlich diese Cephalalgie; Patientin hatte grofses Angstgefühl, delirierte, wurde über Nacht plötzlich amblyopisch und nach kurzer Zeit auf beiden Augen völlig blind. Von Mitte Februar bis Mitte März wurde sie in der Schweiggerschen Klinik behandelt. Die Pupillenreaktion und der Augenhintergrund

*) Dr. E. Mendel (Berlin), Deutsche Zeitschrift für pract. Medizin 47. 1874.

blieben normal. Von Mitte März bis August war Patientin in einem andern Krankenhaus, wo die Amaurose sich gar nicht besserte. Es trat noch Gliederzittern, Unfähigkeit zum Gehen, Kopfschmerz und Agrypnie hinzu. Die Pupillen waren bald eng und reaktionslos, oder weit und starr, bald auf Licht normal beweglich. Während der Nacht kam es im Juli und August öfter zu maniakalischen Anfällen. Sie trat darnach in die Behandlung Mendels. Es fand sich der Augenhintergrund normal.

Zeitweilig sah Patientin subjektive Lichterscheinungen, hatte besonders im Scheitel heftige Kopfschmerzen. Sie sah blafs aus, der Gesichtsausdruck niedergeschlagen. Dabei war sie sehr ängstlich und hatte die Tobsuchtsanfälle vollständig vergessen. Doch traten diese wieder ein paar Mal auf; sie sang und schrie, polterte in der Nacht mit Tisch und Stühlen und hatte manchmal Delirien erotischen Inhalts.

Es wurde spir. vini rectific. gegeben in $^1/_2$ Monat 360 gr.

Dann wurde durch Atropineinträufluug eine Mydriasis unterhalten.

Am 12. Oktober begann sie undeutlich zu sehen, sah zuerst blofs einen Schatten oder das Profil der Gegenstände. Nach und nach in ein paar Tagen besserte sich das Sehvermögen so sehr, dafs sie wie früher lesen und nähen konnte.

Auch kehrten die maniakalischen Anfälle und Delirien nicht wieder; die etwas unregelmäfsigen menses wurden regelmäfsig; sie nahm an Gewicht zu. Sie war 9 Monate blind gewesen. Seither blieb sie gesund.

Förster*) führt 1877 in seinem Werke „Über die Beziehungen der Allgemeinleiden zu den Augenerkrankungen“ diesen Mendelschen Fall als ein Unikum an.

Im Jahre 1879 veröffentlichten dann Dujardin-Beaumetz und Ch. Abadie**) einen neuen Fall von hysterischer Blindheit.

Eine 16jährige Schülerin eines Pensionats erblindete eines Morgens plötzlich, nachdem sie am Abend vorher einen dumpfen Kopfschmerz gehabt hatte.

Die Pupillen waren mittelweit und reaktionslos.

Der ophtalmoskopische Befund ergab nichts Abnormes.

Patientin war total anästhetisch.

Man wandte zuerst die Metallotherapie (Burq's) an, indem man der Patientin ohne vorherige Benachrichtigung 3 Goldstücke an der linken Schläfe befestigte. Patientin konnte nach einer halben Stunde wieder mit dem linken Auge sehen und umhergehen. Das rechte Auge blieb blind.

Danach machte man ein paar Tage den Versuch mit der Anlegung des Magneten abwechselnd an jede Schläfe. Das Sehvermögen wurde dadurch nur wenig besser. Pat. hatte vom Magneten unangenehme Empfindungen und wurde manchmal dadurch in Schlaf versetzt.

5 bis 6 Wochen lang wurde es nicht wesentlich besser, in welcher Zeit man wieder Goldstücke anwandte und

---

*) Förster führt 1877 in seinem Werke: „Über die Beziehungen der Allgemeinleiden zu den Augenerkrankungen“ diesen Mendelschen Fall als ein Unikum an.

**) Dujardin-Beaumetz und Ch. Abadie, Gazette des Höpitaux. 55. 56. 1879.

innerlich Chlorgold gab. Auch wurden an ihr kalte Abreibungen gemacht.

Endlich begann man die statische Elektrizität zu versuchen. Patientin wurde zu dem Zweck auf einen Isolierschemel gesetzt und man lockte dann Funken aus der Umgegend der orbita. Nach und nach besserte sich das Sehvermögen etwas. Doch blieb Patientin noch lange recht schlafsüchtig. Während der Schulstunden hatte Patientin dann lethargische Krisen. Ihre Hautsensibilität war wieder normal geworden.

Endlich veröffentlichte Professor W. Manz*) im Jahre 1880 einen Fall von hysterischer Blindheit mit spastischem Strabismus convergens bei einer jungen Gouvernante.

Erst das rechte, dann auch das linke Auge hatte sich in strabismus convergens gestellt, dafs die Corneae sich von der caruncula lacrymalis verdeckt fanden.

Patientin sieht blafs aus, ist von grazilem Körperbau.

Patientin hatte heftige Kopfschmerzen.

Ihr Puls zeigte die Anomalie des pulsus bigeminus.

Vor ein paar Jahren soll sie dasselbe Augenleiden gehabt haben.

Mit dem Perimeter fand man auf beiden Augen das Gesichtsfeld stark konzentrisch eingeengt. Das Sehvermögen war sehr herabgesetzt.

Nach längerer Zeit besserte sich der Zustand und sie wurde mit einer Convexbrille entlassen.

Diesen 3 Fällen aus der Literatur füge ich im folgenden einen Fall hinzu von doppelseitiger hysterischer Amaurose

---

*) Manz, Berlin. Klinische Wochenschrift XVII. 2. 3. 1880.

mit Lagophtalmus und conjugierter Deviation beider Augen nach links oben. Dieser Fall wurde in der Poliklinik des Herrn Professor Dr. Mendel beobachtet.

Frau C . . . pe, 37 Jahre alt.

Der Vater der Patientin ist am Gehirnschlag gestorben.

Die Mutter lebt und ist jetzt 78 Jahre alt.

Als Kind hatte die Patientin Masern und Scharlach gehabt.

Mit 15 Jahren wurde sie menstruiert. Die menses kamen regelmäfsig alle 4 Wochen und waren ohne beträchtliche Blutung. Doch seit ihrem 18. Lebensjahr litt sie dabei an Kopfkolik.

23 Jahre alt heiratete sie einen Töpfergesellen. Dieser Ehe entsprossen 2 Kinder, das eine starb bald; das andre, ein Knabe, lebt und ist jetzt 12 Jahre alt.

2 Jahre blieb sie verheiratet. Dann wurde die Ehe geschieden wegen Ehebruchs von Seiten des Mannes und der Frau das Kind zugesprochen.

Seit 12 Jahren lebt sie mit ihrer alten Mutter zusammen und war stets völlig wohl.

Das Verhältnis zwischen Mutter und Tochter ist aber seit ungefähr einem Jahre ein recht unglückliches geworden, deswegen, weil die 78jährige Mutter seitdem zeitweise raptus bekommt, welche sich zu maniakalischen Anfällen steigern, wobei sich ihre ganze Wut auf den Knaben der Patientin richtet. Patientin bekam deshalb häufig genug Gelegenheit, ihr Kind mit ihrem Leibe vor der Wut der Grofsmutter zu schützen.

Ende August 1889 begann die jetzige Erkrankung der Patientin an einem Montag Morgen, nachdem in der Nacht

vorher die Mutter von dem Strick hatte losgeschnitten werden müssen, mit dem sie sich zu erhängen versucht hatte.

An diesem Montag Morgen bekam die Patientin einen Anfall von Starrkrampf und lag ein paar Stunden bei schwachem Bewufstsein im Opisthotonus da.

Nach diesem Anfall konnte die Patientin den rechten Arm und das rechte Bein nicht recht mehr bewegen, ja sie waren sogar vollständig gelähmt.

Nach 8 Tagen verlor sich diese Lähmung, und sie konnte das Bett verlassen. Dazu bemerkte die Patientin, dafs sie auf der rechten Seite auch kein Tastgfühl gehabt habe. Dieses stellte sich auch wieder ein.

Nach diesem ersten Anfall traten dieselben wiederholt auf. Oft konnte Patientin nach denselben nicht sprechen und zwar, wie sie angiebt, nicht weil sie die Worte vergessen hatte, sondern weil sie die Zunge und die Lippen nicht gehörig habe bewegen können. Zuweilen soll auch das Schlucken sehr erschwert gewesen sein.

In der zweiten Hälfte des September trat eine geringe Besserung ein.

Im Oktober begannen die Krämpfe von neuem und heftiger aufzutreten.

Mitte Januar bekam sie einen Krampf, bei dem sie gleichzeitig erblindete. Die Blindheit bestand damals acht Tage lang unverändert. Dabei waren die Augen nach links oben gerichtet und weit geöffnet.

Nach diesem ersten amaurotischen Anfall bekam Patientin dieselben häufiger. Aber die Krampfanfälle hörten dabei ganz auf. Oft waren die Intervalle, in denen sie

wieder sehen konnte, blos stunden-, andere Male wieder tagelang. In diesen Zwischenzeiten zwischen den Anfällen waren die Augen auch gut beweglich. Einmal sollte sie dabei aphasisch gewesen sein.

Nicht einmal des Nachts sollen während des amaurotischen Anfalls die Augen geschlossen gewesen sein.

Vor einem jeden amaurotischen Anfall will Patientin schon 2 bis 3 Stunden vorher überlaufende Kälte an den Händen und Füfsen gespürt haben.

Aufserdem klagte die Patientin über starkes Globusgefühl, Kopfschmerzen, schlechten Schlaf mit Angstzuständen.

Sie soll nie Spuren geistiger Verwirrung gezeigt haben.

Status vom 3. März 1890.

Patientin ist mittelgrofs, mit spärlichem panniculus adiposus und schwacher Muskulatur, von gracilem Körperbau.

Das Gesicht zeigt eine leicht gerötete normale Haut.

Die Augen sind weit geöffnet. Patientin kann spontan nicht das obere Augenlid senken, zieht sie es mit den Fingern herunter, so kehrt es in die Lagophtalmusstellung sofort zurück. Auf Berührung der Cornea schliefst sich das Auge nicht.

Die beiden bulbi sind mit den corneae nach oben links gerichtet. Patientin kann die Augen aus dieser Zwangsstellung gar nicht herausbewegen.

Die leise Berührung der Conjunctiva bulbi ebenso die der Corneae wird nur sehr undeutlich perzipiert. Die Conjunctivae sind blafs.

Die Pupillen sind ziemlich erweitert und reagieren sehr schwach auf Lichteinfall. Zeitweise sollen sie ganz reaktionslos während des Anfalls gewesen sein.

Die Sehfähigkeit ist sehr herabgesetzt, so dafs sie nicht hell und dunkel unterscheidet. Auch erkennt sie oder besser sieht sie nichts von ihrer Umgebung. Sie ist vollkommen erblindet, so dafs man die Patientin beim Gehen führen mufs.

Der Augenhintergrund ist ganz normal.

Der Kopf ist etwas nach links geneigt.

Geruch, Geschmack, Gehör geben zu keiner Bemerkung Anlafs.

Die grobe motorische Kraft der oberen sowohl wie der unteren Extremitäten ist nicht auffällig vermindert.

Die Perkussion des Schädels ist auf der ganzen rechten Seite schmerzhaft, vorzüglich aber eine Stelle über dem rechten Tuber parietale.

Am Rumpf, den oberen Extremitäten und am Kopf ist Hypästhesie vorhanden; an den unteren Extremitäten aber Hyperästhesie.

Die Patellarreflexe sind beiderseits excessiv stark.

Beiderseits ovarie vorhanden.

Tâche cérébrale Trousseaus ausgesprochen.

Globusgefühl heftig.

Die Diagnose lautete auf hysterische Amaurose beiderseits, conjugierte Deviation beider Augen nach links oben und Lagophtalmus.

Als Prof. Mendel die Patientin in der Vorlesung vorstellte und den Fall genau besprach, sagte er der Patientin vor versammeltem Auditorium, dafs sie in 20 Minuten geheilt sein werde. In der Zwischenzeit wurden andere Patienten vorgeführt. Nach 20 Minuten stand die Patientin freudig erregt auf und sie konnte wieder sehen. So sieht man, dafs es gar nicht einmal der Hypnose bedarf, um Suggestion zu bewirken, sondern die blofse physische Suggestion genügt vollkommen, wie dieser Fall beweist.

Es wurde bei allen weiteren amaurotischen Anfällen unserer Patientin der Magnet versucht; und hatte auch diese Therapie sofortigen Erfolg. Einmal legte man den Magneten an die linke Schläfe, bis Patientin angab, dafs sie mit diesem Auge einen Schatten sehe, dann einen Umrifs u. s. f. Danach wurde der Magnet an die rechte Schläfe gelegt oder auch noch an die Stirn und auch das rechte Auge sehend gemacht. Als Patientin einmal beim Anfall aphatisch war, wurde der Magnet hinten am Nacken appliciert und die Aphasie sofort beseitigt. Dabei wurde die Patientin psychisch ermutigt und ihr gesagt, dafs die Anfälle nach und nach längere Zwischenpausen machen würden, bis sie sich ganz verlieren.

Am 3. März abends zwei Stunden nach der Magnetapplikation wurde Patientin wieder blind trotz dem Magneten.

Nach einer Stunde verlor sich die Blindheit, um am 4. März morgens auf einen halben Tag wiederzukehren.

Am 6. März hatte Patientin wieder einen mehrere Stunden dauernden Anfall, der dann spontan verlief.

Seit dem 6. bis zum 15. März ist ein Anfall nicht wieder aufgetreten.

Status vom 15. März:

Patientin ist bei guter Stimmung, da seit 8 Tagen kein Anfall aufgetreten ist, was wohl auch mit dem eingetretenen ruhigeren Verhalten ihrer Mutter zusammenhängt.

Die Patientin ist wenig myopisch. Die Augen zeigen leichten Nystagmus von rechts nach links.

Globus, ovarie, hyper- und hypästhesie ist garnicht mehr vorhanden.

Nur die Patellarreflexe sind noch immer sehr stark.

Dieser Fall von Amaurose ist schon deshalb bemerkenswert, weil die amaurotischen Anfälle nicht etwa von so bedeutender Zeitdauer waren wie etwa in allen anderen bekannten Fällen.

Weiterhin ist bemerkenswert, dafs die Patientin nach jedem Anfall sofort deutlich sehen konnte.

Dafs diese Erkrankung hier hysterischer Natur ist, leuchtet ein

1) aus dem raschen Kommen und Verschwinden der Anfälle;
2) aus der Anamnese, wo von Anfällen hysterischen Tetanus die Rede ist;
3) aus dem vollkommen normalen Augenhintergrund und
4) aus den sich sonst findenden Anzeichen der Hysterie wie globus, ovarie, hyper- und hypästhesie.

Aus der Anamnese ist hervorzuheben, dafs sie nach dem ersten Tetanusanfall rechts hemiplegisch war und dafs dabei Hemianästhesie bestand, was analog ist den Symptomen bei Gehirnhämorrhagie. Auch stellte sich einmal dabei Aphasie ein.

Schon Charkot hat in seinem Werke auf den cerebralen Ursprung dieser hysterischen Erscheinungen hingewiesen. Er führte auch Fälle an, wo das Auge der gelähmten Körperseite erblindet war oder blos amblyopisch.

Dabei führte er als Charakteristikon dieser hysterischen einseitigen Blindheit die concentrische Verengerung des Sehfeldes an, ferner häufig rasches Ermüden des Auges, ja sogar Blendung, wenn der Kranke längere Zeit seine Augen für die Ferne oder Nähe benutzte. Endlich fand er dabei Störungen der Farbenempfindung Dyschromatopsie bis zur Achromatopsie; alles das sind aber mehr Symptome von Anästhesia retinae, wie schon von Gräfe, Schweigger u. A. nachgewiesen wurde. Das würde also nicht übereinstimmen mit unserer heutigen Anschauung, dafs die Hysterie centrale Lokalisation im Gehirn hat.

Die ausgesprochensten Symptone der Anästhesia retinae findet man in dem von Guttmann*) 1869 veröffentlichten Fall.

„Bei der Kranken“ so berichtet Förster**) darüber, „deren Leiden bereits 18 Jahre vor der Untersuchung begonnen hatte, fanden sich folgende Störungen:

---

*) Guttmann, Aus der Universitätspoliklinik des Professors Joseph Meyer. Ein seltener Fall von Hysterie. Berl. Klin. Wochenschrift 1869, 28. 29.

**) Förster, Beziehungen zwischen Allgemeinkrankheiten und Krankheiten des Sehorgans.

1) Complete Lähmung des linken Olfactorius (Integrität des rechten).

2) Complete Lähmung der linksseitigen Geschmacksnerven (Lingualis und Glossopharyngeus) bei nur verminderter Function derselben auf der rechten Seite.

3) Abnahme der Leistung in der motorischen Partie des linken Trigeminus.

4) Erhebliche Alteration des linken Acusticus.

5) Schwächere Action des linken Facialis.

6) Parese des linken Hypoglossus.

7) Völlige Hautanästhesie der linken Rumpfhälfte und der linksseitigen Extremitäten. Die Anästhesie verbreitet sich auch auf die Schleimhäute (Mundhöhle, Pharynx, Vagina), nicht aber auf die tiefen Theile (schmerzhafte Bauchgeschwulst). Rechts nur verminderte Sensibilität.

8) Völlige Anästhesie der Muskeln, Knochen und Gelenkflächen (Verlust des Gefühls für die allgemeinen Lageverhältnisse der Theile, für active Muskelcontractionen und der electromusculären Sensibilität), auf der linken Körperhälfte. (Rechts völlige Integrität.)

9) Motilitätsparese der linksseitigen Extremitäten (rechts Motilität normal). Bei dieser Kranken nun fungirten auch die Optici und die motorischen Augennerven nicht normal. Leber's Untersuchung ergab in dieser Beziehung Folgendes: „Ophthalmoscopischer Befund beiderseits normal. In Bezug auf das Sehvermögen giebt Patientin an: Rechts hochgradige Amblyopie; sie zählt Finger nur auf circa 2 Fuss, erkennt grosse Buchstaben von No. 21 der Jäger'schen Tafeln; sehr hochgradige Gesichtsfeldbeschränkung nach allen Seiten, etwas weniger

nach unten. Links: mittlere Amblyopie; erkennt mit + 12 Worte von No. 7 (Jäger'sche Tafeln), hochgradige Gesichtsfeldbeschränkung, am wenigsten nach unten, Farbenempfindung normal. Beiderseitige Oculomotoriuslähmung (beiderseits Ptosis, links geringer, Lähmung des Rectus int. sinister, des Rectus superior rechts und links, Pupillarast frei). — Die Kranke hatte 5 Jahre lang an hochgradigen hysterischen Krämpfen gelitten und da denselben häufig Schmerzen in einer rechtsseitigen Stirnnarbe, die von einem im 12. Lebensjahre empfangenen Steinwurf herrührte, vorausgingen, so war diese Narbe excidirt, später auch der Nerv. supraorbitalis dexter resecirt worden. — Der oben mitgetheilte Status praesens datirte aus dem Februar, bis zum Juli war eine Veränderung in den Krankheitserscheinungen nicht eingetreten."

Unbestreitbar centraler Natur ist heute blos die Hemiopie oder Hemianopsie. Dieselbe hat sowohl ihre anatomische und physiologische wie auch pathologische und klinische Begründung gefunden.

Munk fand das Sehcentrum bei Affen und Hunden in der Rinde des Occipitalhirns und zwar in beiden Hemisphären symmetrisch gelegen und von denen ein jedes zu beiden Augen Beziehungen hat.

„In dem gröfseren Rindencentrum,*) welchem durch den betreffenden Tractus die symmetrisch lateral gelegenen Netzhauteindrücke beider Augen zugeführt werden, liegt nach Munck noch besonders abgegrenzt das eigentliche

*) Schmidt-Rimpler, Augenheilkunde 1886.

Sehcentrum, wie er diejenige Stelle bezeichnet, an der die einfachen Gesichtswahrnehmungen zu Vorstellungen umgewandelt werden. Da letztere aus einer Reihe von Wahrnehmungen hervorgehen, die im Laufe der Zeit unter einander verknüpft und psychisch verarbeitet werden, so müssen mit Verlust des eigentlichen Sehcentrums auch diese Vorstellungen und Erfahrungen verloren gehen: es wird z. B. eine Peitsche zwar wahrgenommen werden, aber ihre Bedeutung und ihr Zweck nicht mehr zum Bewufstsein kommen. So entsteht Seelenblindheit.““

Doch gehen wir zunächst zur Anatomie über. Der N. opticus entspringt als tractus opticus vom corpus geniculatum laterale am pulvinar des thalamus opticus, tritt mit dem der anderen Seite zum Chiasma zusammen. Die Newton-Müllersche Hypothese wies darauf hin, dafs im Chiasma eine Semidecussation der Sehnervenfasern stattfinde, dafs jeder tractus opticus die temporale Hälfte der Retina des Auges seiner Seite, und die mediale der Netzhaut der anderen Seite versorgt. Für die Kreuzung der opticusfasern im Chiasma brachten die Untersuchungen Guddens *) den anatomischen Beweis.

Und endlich wurden durch Sektionen Fälle bekannt, wo der eine tractus opticus verändert worden war und während des Lebens homonyme Hemianopsie konstatiert wurde.

---

*) Gudden, Über die Kreuzung der Fasern im Chiasma N. optic. Archiv für Opht. XX. 2.

Vom thalamus opticus gehen nun Fasern zu den corpora quadrigemina anteriora; ein anderer Faserzug geht vom tractus zum pedunculus cerebri bis in die Nähe des oculomotoriuskerns. Ein anderer Faserzug geht medial vom corp. geniculatum mediale in den laqueus und von da zur unteren Olive und tritt auf seinem Wege mit dem Abducenskern u. a. in Beziehung. Endlich fanden Gratiolet und Meynert Faserzüge, welche im forceps posterior des Centrum ovale von der Rinde des Occipitallappens zum thalamus opticus und den corpp. quadrigemina antt. verlaufen. Alle diese Fasern, welche zu den vorderen Vierhügeln laufen, kreuzen sich hier zwischen den beiden vorderen Vierhügeln.

Mauthner und Rosenthal haben nun das Vorkommen von hysterischer Amaurose in Form homonymer Hemiopie konstatiert und suchten nun die Lokalisation derselben festzustellen.

Homonyme Hemiopie wird nämlich nicht blofs vom tractus opticus bedingt, sondern auch, wenn ein Herd einseitig in einer Gehirnhemisphäre den oben beschriebenen Faserverlauf zum Sehcentrum oder dieses selbst betrifft.

Das einfachste wäre in unserem Falle die Erklärung, dafs ein Herd in beiden Occipitallappen symmetrisch sitze und so doppelseitige Hemiopie, d. i. totale Amaurose mache.

Eine andere einfachere Diagnose wäre die, dafs der Herd mitten zwischen den Commissurfasern der corp. quadrigemina antt. liegt und so die doppelseitige Hemiopie bedinge.

Für die Diagnose der Lokalisation des Herdes im Hirn ist in unserem Falle die beobachtete conjugierte Deviation beider bulbi oculorum nach links oben und der Lagophtalmus, weiterhin die zeitweilige Pupillenstarre von ausschlaggebender Bedeutung.

Déviation conjuguée findet man bei Läsionen der Rinde des gyrus parietalis inferior und zwar sehen dann die Augen den Herd an, sind also nach der Seite des Herdes gerichtet. (Landouzy, vgl. Strümpells Lehrb.)

Weiterhin findet man sie nach Prévost*) bei apoplectischen Herden in einer Ponshälfte, so drehen sich die Augen nach der dem Herd entgegengesetzten Seite, und auch der Kopf neige sich dahin. Die Déviation conjuguée entsteht nach ihm durch gleichzeitige Reizung des Abducens- und oculomotoriuskerns. Man könnte sich vielleicht vorstellen, dafs der opticusfaserzug, welcher nach innen vom corp. geniculatum mediale in die Schleife übergeht und mit dieser zur unteren Olive tritt, den Reiz vom tractus opticus oder dem corp. genicul. laterale oder den vorderen Vierhügeln auf den Abducenskern übertrage.

Adamük**) machte 1869 an Hunden und Katzen physiologische Experimente über den Einflufs des vorderen

---

*) Prévost, de la déviation conjuguée des yeux et de la rotat. de la tête dans certains cas d'hémioplégie 1868 Paris.

**) Adamük, over de innervatie der oogbewegingingen. Onderzökingen gedahn in het physiologisch Laboratorium der Utrechtsche Hoogeschool 1869.

Vierhügelpaares auf die Innervation beider Augen. Er fand, dafs der vordere rechte Vierhügel der Bewegung beider Augen nach links vorstehe, der linke die Bewegung beider Augen nach rechts bewirke. Und bei starker Reizung des betreffenden Vierhügels dreht sich auch der Kopf nach der andern Seite. Reizte er die Mitte beider Vierhügel, so richteten sich die Augen nach oben und Mydriasis trat ein.

Dieses letztere Experiment würde sehr dafür sprechen, dafs in unserem Falle der mutmafsliche Herd im Isthmus des Gehirns sich etablirte und neben Lähmung der vorderen Vierhügel, gleichzeitig auf Abducens- und Oculomatoriuskern reizend einwirkte.

Dafür spräche auch die Hypästhesie der Cornea und Conjunctiva durch Affection eines sensiblen Trigeminuskerns oder von Fasern des trigeminas, welche im Fufs des pedunculus cerebri liegen.

Eine Facialisparese kann nicht der Grund für den Lagophtalmus unseres Falles gewesen sein, da die anderen Facialisäste ganz intakt blieben. Es bliebe also nur übrig, die Lagophtalmie auf einen Krampf des m. levator palpebrae zu beziehen.

Bemerkenswert ist noch, dafs sich Nystagmus beider Augen eingestellt hat mit Pendeln der Augen von rechts nach links. Der Nystagmus würde auf Parese der mm. recti intt. und extt. deuten. Er tritt ein beim Blick in die Ferne, wo also die Sehachsen sich parallel stehen.

Trotzdem Nothnagel meint, dafs man einen Herd in den Vierhügeln nicht diagnostizieren könne, spricht doch

alles in unserm Falle, wenn man ihn einheitlich auffafst, für einen Herd im Isthmus cerebri.

Andrerseits könnte man auch daran denken, dafs der Herd in beiden Hirnhemisphären symmetrisch liegt, entweder im Occipitalhirn oder den beiden tractus optici oder dem Pulvinar thalami beiderseits oder endlich im Chiasma. Daneben müfste man aber noch einen Herd in dem linken unteren gyrus marginalis annehmen oder in der rechten Ponshälfte.

Alles dies geht aber von der Voraussetzung aus, dafs die hysterische Amaurose ein centrales Leiden ist. Da sie beide Augen betrifft, so mufs sie also bei centralem Ursprung bedingt sein durch eine doppelseitige Hemianopsie.

Was eigentlich die pathologisch anatomische Ursache der Herderscheinungen bei Hysterie ist, können wir nur vermuten. Am wahrscheinlichsten erscheint die Annahme, dafs es lokale Cirkulationsstörungen im Gehirn sein könnten nach Analogie derer, die man an der äufseren Haut bei Hysterischen beobachtet, was die Herderscheinungen im Gehirn bewirke. Dies würde also bald als spasmus der Gefäfse an einer umschriebenen Stelle sich darstellen, als Anämie, oder als Paralyse der media der Arterien d. i. die arterielle oder fluxionäre Hyperämie; endlich als Analogon zur Urticaria an der Haut lokales Hirnödem; weiterhin als Analogon zu den hysterischen Blutungen aus dem Magen oder den Lungen oder Haut, als Analogon dazu müfsten auch wohl Herde hämorrhagischer Natur im Gehirn sich finden. Und das rasche Verschwinden und die rasche Wiederkehr der hysterischen paroxysmalen Symp-

tome wäre damit vollkommen erklärt, wenn wir diesen genannten Schlufs per analogiam machen.

Der Beweis für diese Annahme ist aber selbstverständlich nicht zu erbringen.

Zeigt der im vorstehenden veröffentlichte Fall von hysterischer Amaurose deutlich die centrale Natur der Erkrankung, so ist das bei vielen anderen hysterischen Augenaffektionen nicht so klar.

Häufig kommt es sogar vor, dafs Blindheit simuliert wird. Diese simulierte Amaurose kann der heutigen physiologischen Prüfung nicht stand halten. Derartige Simulationen findet man bei Hysterischen, welche sich dadurch interessant zu machen suchen.

Andererseits findet man die augenscheinliche Simulation von Amaurose häufig bei Geisteskranken.

In anderer Form finden sich die hysterischen Erscheinungen am Auge als sogenannte Hyperästhesia retinae, auch Kopiopia hysterica genannt.

Sie findet sich nach Förster meistens bei Frauen, die an den Genitalorganen erkrankt sind, so z. B. Parametritis, Endometritis und anderen.

Diese Patienten sind lichtscheu, gehen meistens dunkel gekleidet, suchen das Licht in den Zimmern durch dunkle Vorhänge zu dämpfen, auf der Strafse gehen sie auf der Schattenseite u. s. f., auch bessert sich durch Tragen einer blauen Brille das Sehvermögen sehr.

Was alle diese Erscheinungen als hysterische charakterisiert, ist das schnelle Wechseln von Verschlimmerung und Besserung in den Symptomen, sowie der vollkommen normale Augenhintergrund.

Den normalen ophtalmoskopischen Befund vermifst man aber auch nicht bei Amaurose aus anderen Ursachen, so z. B.

1. bei Amaurosis wegen Tabak- oder Alkoholmifsbrauch oder nach Chiningebrauch oder bei Bleivergiftung;

2. bei Amaurose nach Magen- und Lungenblutungen, Darmblutungen und menorrhagien;

3. im Beginn der urämischen Amaurose;

4. bei symmetrisch in beiden Occipitallappen gelegenen hämorrhagischen oder sklerotischen Herden.

Diese symmetrischen Herde können auch im hinteren Drittel der inneren Kapsel liegen, durch welches die Gratioletschen Fasern zu den Vierhügeln und dem thalamus opticus ziehen.

Ausgeschlossen werden diese Möglichkeiten bei Erwägung der sonst noch vorhandenen Symptome oder bei Feststellung des übermäfsigen Gebrauches von Tabak.

Bei apoplectischen Herden im Gehirn würden auch sofort die hemiplegischen Symptome mehr oder weniger hervortreten.

Da aber in unserem Fall sich die Symptome der Hysterie ganz exquisit ausgesprochen finden, so mufs dieser Fall als ein sicher konstatierter von hysterischer Blindheit angesehen werden, so dafs der Mangel an derartigen Fällen in der Litteratur, wie Förster 1877 sagte, durch den oben veröffentlichten Fall etwas gemindert wird.

Um nun das Gesagte zum Schlufs zusammenzufassen, so ergiebt sich, dafs alle die Menschen zur Hysterie disponiert sind, welche neuropathisch belastet sind oder im

Alter zwischen 5—15 Jahren, das ist in den Entwicklungsjahren, durch den Einfluſs unzweckmäſsiger Erziehung in ihrer ganzen Körperentwicklung gehemmt worden sind.

Hieran trägt die Schule einen groſsen Teil der Schuld. Wie ich oben sagte, ist das Überwiegen der Schulkrankheiten (Skoliose, Anämie) beim weiblichen Geschlecht gegenüber dem männlichen analog dem Verhältnis der Zahl der Hysteriekranken bei den beiden Geschlechtern.

Ich will hier noch hinzufügen, daſs in Mädchenpensionaten und höheren Töchterschulen die Hysterie sich oft endemisch zeigt und daſs dies wohl durch Nachahmungssucht geschieht ganz wie bei der Chorea.

Chorea ist bekanntlich auch eine funktionelle Neurose d. h. eine nervöse Erkrankung ohne pathologisch-anatomische Veränderungen an dem Centralnervensystem. Ahmt nun eine dazu disponierte Person Spaſses halber die choreatischen Bewegungen nach, so kommt es oft genug vor, daſs diese Person choreatisch wird.

Ganz so ist es auch bei der Hysterie, von der ebenfalls beglaubigte Fälle durch Nachahmung hysterischer Symptome, wie z. B. von Singultus, entstanden sind.

Dann regt auch die Thatsache zum Nachdenken an, daſs die Hysterie bei den höheren Ständen häufiger ist. Es hängt dies wohl mit der verfeinerten Lebensführung zusammen, welche die Individuen gegen den Einfluſs heftiger Gemütserregungen weniger resistent macht.

Auch hat das gesteigerte Bedürfnis nach besserer Lebensführung den Nachteil für den Einzelnen, daſs er seinen Geist und Scharfsinn allzu sehr anstrengen muſs, um sich diesen Wunsch zu erfüllen. Häufig genug ist

dies Streben nach Verbesserung der äufseren Lebensverhältnisse erfolglos. Und der Kummer über das Mifsgeschick, das alle seine Handlungen verfolgt, ist die Ursache einer beständigen nervösen Erregung, welche ihm sogar den Schlaf raubt.

Im allgemeinen wirken alle psychisch deprimierenden Einflüsse bei oftmaliger Wiederholung am meisten schwächend auf das Nervensystem.

Wirken nun auf ein derartig verändertes Nervensystem plötzlich heftige psychische Traumen ein, so entsteht die Hysterie. Auch unser Fall zeigt diese Entstehungsart der Krankheit in ganz augenfälliger Weise.

Rudolf Arndt*) sagt von den Symptomen der Hysterie dafs sie in allen Ländern im allgemeinen dieselben sind. „Jedoch sieht die Hysterie einer Deutschen und Engländerin, ganz anders aus als die einer Italienerin, Französin, Polin. Auch die Hysterie der Grofsstädterin bietet ein anderes Bild als die der Kleinstädterin und Bäuerin."

Würde man dies allgemein fassen dürfen, wenn darüber genaue Statistiken vorlägen, so könnte man sagen, dafs die Hysterie auch nach dem Volkscharakter sich ändert.

In Indien existiert z. B. eine schwere Form von hysterischer Psychose bei Männern in besonderer Häufigkeit. Indische Fakirs halten bekanntlich wochenlang auf einer Säule stehend aus, was durch hysterische Katalepsie seine Erklärung findet; dort existieren auch viel-

*) Eulenburgs Realencyclopädie, Artikel über Hysterie.

fach als Heilige verehrte Menschen, welche sich glühende Dolche in die Haut stofsen, was gewifs nur durch hysterische Analgesie ermöglicht wird.

Was endlich die Natur dér Hysterie anlangt, so stehen sich hier die beiden Ansichten gegenüber, welche die Hysterie für

1. eine Reflexneurose, von den Genitalien aus veranlafst. (Romberg).
2. für eine cerebrale Neurose erklären.

Die hysterische Amaurose und speziell der oben veröffentlichte Fall von hysterischer Amaurose mit Déviation conjuguée und Lagophtalmie spricht sehr für die letztere Anschauung.

Dafs daneben aber auch im Rückenmark ein Reizungszustand bei der Hysterie vorliegen kann, beweisen in unserem Falle die excessiv starken Patellarreflexe.

Verstärkten Patellarreflex findet man sonst nur bei multipler Sklerose im Rückenmark, bei spastischer Spinalparalyse, d. i. Seitenstrangsklerose.

Physiologisch wird die Steigerung der Patellarreflexe erklärt durch Ausfall der Hemmung der Reflexe vom Reflexhemmungscentrum im Gehirn, dessen Sitz im Thalamus opticus und Isthmus cerebri zu suchen sein würde.

Von diesen Reflexhemmungscentren im Gehirn gehen nun in den Seitenstrangbahnen Fasern teils zu den Vordersäulen, teils zu den Clarke'schen Säulen des Rückenmarks hin.

Ist also das Reflexhemmungscentrum im Gehirn lädiert oder ist die Seitenstrangbahn des Rückenmarks affiziert, so haben wir verstärkte Patellarreflexe.

Da wir nun aus dem Zusammentreffen von Amaurosis. d. i., wie wir annehmen müssen, doppelseitige Hemianopsie, mit conjugierter Déviation beider Augen nach links oben und Lagophtalmus auf einen einheitlichen Herd in der Nähe der vorderen Vierhügel schliefsen mufsten, so würde man denn auch hier die Ursache der Steigerung der Patellerreflexe suchen müssen, da ja, wie experimentell bewiesen, das Reflexhemmungscentrum hier gelegen ist.

Einen besseren und schärferen Beweis für die cerebrale Lokalisation der Hysterie zu erbringen, ist wohl kaum möglich.

Und so würde gerade unser Fall dazu beitragen, diesen dunklen Punkt in der Hysterie-Frage aufzuklären.

Mit besonderer Freude erfülle ich die angenehme Pflicht, meinem hochverehrten Lehrer, Herrn Professor Dr. Mendel, für die gütige Anregung und Unterstützung bei dieser Arbeit meinen verbindlichsten Dank auszusprechen.

Litteratur.

1. Henoch, Kinderkrankheiten 1883.
2. Krafft-Ebing, Psychiatrie 1888.
3. Nowak-Rubner, Hygiene 1889.
4. Nothnagel, Topische Diagnostik der Gehirnkrankheiten 1879.
5. Förster, Beziehungen zwischen Allgemeinleiden und den Krankheiten des Sehorgans 1877.
6. Briquet, traité clinique et thérapeutique de l'hysterie 1859.
7. Jakobi, on masturbation and hysteria in young children Amerikan Journal of obstetrics 1876. VIII, 4 IX, 3.
8. Sydenham, opera medica, Genf 1736.
9. Pomme, traité des affections vapor. des deux sexes 2 Édit. 1765.
10. Jolly, Ziemfsens Handbuch XII, 2. 1875.
11. Dr. E. Mendel, hyst. Amaurose, Deutsche Zeitschrift für prakt. Medicin 1874, 47.
12. Dujardin Beaumetz u. Ch. Abadie, Gazette des Hôp. 55. 56. 1879.
13. Manz, Berlin. Klin. Wochenschr. XVII. 2. 3. 1880.
14. Charkot, Leçons sur les maladies du syst. nerveux 1872—73.
15. Gudden, Über die Kreuzung der Fasern im Chiasma Nervorum optic. Archiv f. Ophtalm. XX. 2.
16. Prévost, de la déviation conjuguée des yeux et de la rotat. de la tête dans certains cas d'hémiplégie. 1868. Paris.
17. Adamük, over de innervatie der oogbewegingen. Onderzökingen gedahn in het physiologisch Laboratorium der Utrechtsche Hoogeschool 1869.

Lebenslauf.

Verfasser, Joseph Lewy, mosaischer Religion, Sohn des Klempnermeisters Zacharias Lewy, wurde am 26. Oktober 1865 zu Nakel geboren. Den ersten Unterricht erhielt er auf der Elementarschule seiner Heimat. Vom Jahre 1875—1884 absolvierte er das Königl. Gymnasium seiner Vaterstadt, welches er am 8. September 1884 mit dem Zeugnis der Reife verliefs. Darauf wandte er sich an der Berliner Universität dem Studium der Medizin zu. Die ersten acht Semester studierte er in Berlin, das neunte Semester in Breslau, das zehnte in Berlin. Hier bestand er am 17. Juli 1886 das Tentamen physicum. Am 5. November 1889 begann er die ärztliche Staatsprüfung, welche er am 1. März 1890 beendete. Am 6. März 1890 bestand er das Examen rigorosum.

Während seiner Studienzeit besuchte er die Kliniken, Vorlesungen und Kurse folgender Herren Professoren und Dozenten:

B. Baginsky, v. Bergmann, Biermer, Du Bois-Reymond, Christiani, Fasbender, Fehleisen, Fräntzel, Gerhardt, Gusserow, Gurlt, Hartmann, Hasse, v. Hofmann, Jakobson, Klemperer, Koch, G. Lewin, L. Lewin, Leyden, Liebreich, Lucae, Martin, Mendel, Meyer, Olshausen, Ponfick, Silex, Schweigger, E. Schultz, Schulze, Virchow, Waldeyer.

Allen diesen Herren, seinen hochverehrten Lehrern, spricht der Verfasser seinen ganz ergebensten Dank aus.

Thesen.

I.

Die Errichtung von Findelhäusern ist notwendig.

II.

Die Massage bei atonischem ulcus cruris ist nicht dem Bayntonschen Heftpflasterverband gleichwertig.

III.

Der beständige Gebrauch des Alkohols bei der Desinfektion der Hände des Arztes hat zu grofse Nachteile, als dafs er prinzipiell stets besonders von viel beschäftigten Chirurgen zu brauchen ist.